

CONSULTA EN SALA

TESIS  
1115

**UNIVERSIDAD DEL SALVADOR**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**TESIS DE DOCTORADO**

**TEMA:**

**Revaloración crítica y reubicación  
nosográfica de las, hasta ahora,  
denominadas "demencias  
reversibles"**

USAL  
UNIVERSIDAD  
DEL SALVADOR

**PADRINO DE TESIS: Prof. Dr. Gerardo  
Fasolino**

**AUTORA: Margarita Murgieri**

**Año 2005**

## INDICE GENERAL

	Pág.
1.- Introducción .....	3
2.- Justificación, Relevancia, Vacancia .....	7
3.- Marco Teórico .....	12
4.- Antecedentes (Estado de Arte o Estado de la Cuestión) .....	39
4.1.- Grado de Aproximación de los Trabajos citados a esta	
Investigación .....	42
5.- Supuestos y Presupuestos (Hipótesis) .....	43
6.- Objetivos .....	45
7.- Propósitos (Utilidad, Importancia) .....	47
8.- Desarrollo (Apoyo Casuístico) .....	49
8.1.- Material y Métodos .....	49
8.2. Resultados .....	51
8.3. Discusión .....	54
9.- Conclusiones.....	58
10.- Anexos .....	65
11.- Agradecimientos .....	79
12.- Bibliografía .....	80

USAL  
UNIVERSIDAD  
DEL SALVADOR

## 1.- INTRODUCCIÓN (PRESENTACIÓN DE LA PROBLEMÁTICA DE ESTUDIO):

*¿Es válida la categorización que se hace en los sistemas internacionales de clasificación respecto de las denominadas hasta ahora “demencias reversibles” o “demencias debidas a otras enfermedades médicas”?*

El término demencia (del latín: de: “fuera de”, mens: “mente”, ia “estado de”), ha sido definido y redefinido expresando progresos en su conocimiento y aún se puede continuar afinando dichas definiciones, para obtener mayor claridad en las mismas.

Una definición posible sería la de deterioro del funcionamiento intelectual en por lo menos dos esferas o dominios cognitivos con cierto grado de interferencia en la vida del paciente <sup>(62)</sup>

Más adelante, en el marco teórico efectuaremos disquisiciones al respecto de la definición y de la evaluación funcional del sujeto añoso.

Las demencias no son exclusivas de la vejez, pero la vejez es el primer factor de riesgo para padecerla. Sabemos que nos enfrentamos a una “epidemia” de envejecimiento y que la expectativa de vida ha aumentado notablemente en los últimos años, así como el porcentaje de mayores de 60 años, que actualmente llega al 13 %, y que seguirá aumentado hacia el 2050 sobre todo la franja de mayores de 80 años. <sup>(3,46)</sup>

La incidencia de demencias es del 1 % en el grupo etáreo de 65 a 70 años, aumenta al 6 – 9 % en mayores de 85 años. La prevalencia en la población general es del 8 %. En las Residencias llega a ser del 78 %. <sup>(3,44)</sup> Según estadísticas españolas, la tasa de conversión de pacientes con demencia leve o deterioro cognitivo a casos confirmados es del 10-12 % anual <sup>(2, 3, 73)</sup>

Intentaremos demostrar que existe una discordancia en los actuales sistemas clasificatorios de los cuadros psicogerítricos, en general, y de las llamadas “demencias reversibles” y “demencias debidas a otras enfermedades médicas” en particular, que se extendería también a los instrumentos de valoración aplicados a ancianos, motivada en la insuficiencia de criterios nosográficos y nosológicos.

Las clasificaciones son abstracciones artificiales con categorías creadas en momentos históricos concretos, aunque su peso es tan importante que existe incertidumbre ante las críticas y modificaciones de las mismas.

Al respecto el belga J. Guislain (1797-1860), refirió: “con respecto a las clasificaciones... la mejor clasificación será siempre la que hable más pronto y de manera más lúcida a la inteligencia del práctico”<sup>(81)</sup> y; Juan Giné y Partagás (autor del Primer Tratado Español de Psiquiatría) como nosógrafo, aseguró que “El objeto fundamental de una buena clasificación clínica ha de ser proporcionar el mayor número de utilidades prácticas. No abogaremos pues en lo relativo a clasificaciones, ni por la naturalidad ni por el artificio de estas, sino por su utilidad clínica”<sup>(76)</sup>

Al orientar nuestra investigación hacia algunos trastornos cognoscitivos frecuentes en la vejez, también expresamos nuestra preocupación sobre la ubicación de los mismos en relación con los modelos médico y social de la enfermedad mental<sup>(55)</sup>

En los distintos modelos antropológicos de interpretación de la enfermedad, tanto los trastornos mentales como las enfermedades de la vejez, han sido objeto de la tendencia a desechar u ocultar aquello que atemoriza por la falta de tratamientos efectivos, aquellas enfermedades cuyos orígenes son oscuros y de las cuales no podemos aún hoy discernir concretamente sus causas<sup>(50)</sup> Por ello, en el dificultoso camino de encontrar bajo cualquier circunstancia el esquema epistemológico de “causa –efecto”, se ha tratado no de desentrañar la compleja patología del enfermo que tenemos delante (“descriptamiento” de Foucault)<sup>(34)</sup>, sino de “forzarlo a entrar” en la clasificación.

Contrariamente a lo que ocurre con la infancia y la adolescencia, no existe un sistema orientado hacia las enfermedades psiquiátricas de los ancianos con amplia difusión internacional. <sup>(3)</sup>

Nadie duda que las enfermedades del anciano presentan diferentes características que las del adulto joven. Estas disimilitudes se deben principalmente al terreno en que se asientan, donde hay disminución de las reservas funcionales, de los mecanismos de homeostasis y de regulación que aumentan la vulnerabilidad del paciente anciano a las noxas y al estrés. En otro aspecto se sabe que los viejos rara vez poseen una enfermedad biológica o psicológica aislada, sino que se suelen imbricar ambas con problemáticas sociales y funcionales constituyendo lo que Fernando Perlado denomina "situación de enfermedad". <sup>(41,73)</sup>

Como parte de la denominada presentación "atípica" de las enfermedades en la vejez, la expresión inespecífica y la localización en un órgano o aparato diferentes son otras características distintivas de la patología geriátrica. <sup>(40, 46, 54)</sup>

Las clasificaciones existentes de mayor difusión, CIE 10 <sup>(68)</sup> y DSM IV <sup>(8)</sup>, contemplan sólo en parte las diferencias de las enfermedades en la edad avanzada, por lo que es necesario revisar estos sistemas clasificatorios y proponer cambios nosográficos.

Entre las necesidades futuras se encontraría la de establecer categorías diagnósticas más acertadas.

En el presente trabajo se efectúa una investigación acerca de las teorías en que se han basado las clasificaciones actuales, junto con una amplia revisión bibliográfica donde se observa el decrecimiento de la prevalencia de las tradicionalmente denominadas Demencias Reversibles.

Como apoyo casuístico se efectúa una valoración de 50 pacientes institucionalizados entre marzo de 2004 y marzo de 2005, con edades comprendidas entre 66 y 90 años.

Es importante investigar el tema ya que denominar este grupo de enfermedades médicas como demencia, hace predecir un curso evolutivo desfavorable influyendo en su pronóstico.

Es, en la atención del anciano, fundamental, la motivación del paciente y del equipo de salud, para evitar que la falta de estímulo proveniente del desánimo frente al diagnóstico sombrío de demencia se transforme en la “profecía que se autocumple”

Como dijo Thomas Hobbes “A menudo la profecía es la causa principal del acontecimiento profetizado”.

El conocimiento y la inclusión en un marco nosográfico adecuado promovería el mejor diagnóstico y tratamiento y acentuaría las medidas preventivas.



## 2.- JUSTIFICACIÓN / RELEVANCIA / VACANCIA:

Ante la presencia de un paciente con trastornos cognitivos el principal objetivo consiste en determinar si se trata de una verdadera demencia o de alteraciones cognitivas en el contexto de otra enfermedad.

Los criterios diagnósticos de demencia están siendo continuamente revisados.

Uno de los criterios que también fue revisado fue el de irreversibilidad, a partir del descubrimiento de las demencias "tratables" o parcial o totalmente reversibles como fueron consideradas <sup>(62)</sup>

Si estos síndromes "seudodemenciales" fueran adecuadamente separados volveríamos al criterio de progresión o persistencia en el tiempo hasta que alguna intervención farmacológica o genética determine potencialmente su curación.

Lo cierto es que ya los síndromes demenciales presentan alta heterogeneidad clínica, anatomopatológica y múltiples etiologías, de las que conviene separar las enfermedades médicas que desarrollan trastornos cognitivos o conductuales reversibles y que transitan por caminos evolutivos diferentes.

La historia de las denominadas Demencias Reversibles comenzó en 1965 con los primeros casos tratados de hidrocefalia de presión normal causante de demencia, comenzando a considerarse que, entonces, las demencias no eran necesariamente irreversibles <sup>(1, 57)</sup>

A esta patología se sumaron otras y finalmente se estableció un grupo separado de entidades demenciales con factores etiológicos pasibles de ser tratados y lograr mejoría total o parcial.

Frente a esta posibilidad de intervención y de modificación del curso demencial, surgió el concepto de Demencia Reversible el cual iluminó el panorama en el pasado <sup>(2,3)</sup>

Esta definición generó polémicas y controversias, finalmente se denominaron Demencias Tratables.

De las primeras clasificaciones de Cummings en 1983 a las actuales, las intoxicaciones y la depresión ya han sido separadas en la nosografía.

La hidrocefalia normotensiva constituyó el paradigma de los síndromes demenciales tratables <sup>(1)</sup>

Una adecuada corrección quirúrgica hace revertir la signosintomatología, si el diagnóstico es precoz y no hay atrofia cortical secundaria.

Otras patologías como tumores y hematoma subdural crónico también pueden expresarse con trastornos cognitivos, que pueden revertirse con tratamiento quirúrgico <sup>(3, 57)</sup>

Por último el gran grupo de enfermedades sistémicas puede presentar deterioro de las funciones intelectuales.

Estas consideraciones tienen particular importancia en el grupo de pacientes de mayor edad, ya que en estos se exagera la vulnerabilidad del sistema nervioso en los cuadros de afectación de otros órganos <sup>(33,41)</sup>

Mínimas alteraciones del metabolismo cerebral secundarias a patología sistémica se expresan ya sea como síndromes confusionales agudos o síndromes demenciales cuando la afectación es subaguda o crónica.

De hecho el cuadro cerebral mejora en un gran número de casos en ambas situaciones, con el tratamiento de la enfermedad de base.



Entre estos cuadros se encuentra: la encefalopatía hipóxica por insuficiencia cardíaca, respiratoria o anemia. La hipoxia altera el metabolismo oxidativo y la síntesis de neurotransmisores. Las alteraciones hidroelectrolíticas también son frecuentes en ancianos. Cualquier trastorno metabólico que se cronifique puede desencadenar trastornos cognoscitivos.

Durante la Insuficiencia Renal crónica puede haber deterioro cognitivo progresivo relacionado con valores de urea elevados. <sup>(62)</sup> En algunos pacientes con hemodiálisis crónica se describió la demencia "dialítica" secundaria a altas concentraciones de aluminio del proceso dialítico.

La encefalopatía por insuficiencia hepática puede dar un cuadro de deterioro cognitivo por altos niveles de amonio. Mejora con el tratamiento de la misma, dieta hipoproteica y manejo de la flora intestinal con neomicina o lactulosa.

Las endocrinopatías constituyen el cuadro más florido de enfermedades con deterioro cognoscitivo pasible de tratamiento <sup>(33,41,62)</sup>

El hipertiroidismo en el anciano, a veces se presenta con apatía, letargia, retraso psicomotor, cuadro conocido como "hipertiroidismo apático", para diferenciarlo de aquel con temblor, taquicardia e hiperactividad común en el adulto más joven <sup>(2,3,44)</sup>

El hipotiroidismo cursa normalmente con un cuadro de enlentecimiento psicomotor, apatía, lentitud, desorientación pudiendo simular una demencia <sup>(3,41)</sup> Remarcamos el término: "simular", según la definición del Diccionario de la Real Academia Española: "Representar una cosa, fingiendo lo que no es".

Ambos cuadros mejoran con el tratamiento adecuado.

La hipoglucemia sostenida, el hipoparatiroidismo, el hiperparatiroidismo, pueden también presentar trastornos cognoscitivos <sup>(2, 3, 44, 57, 61)</sup>